

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ

САПКО Г.Ф.*, ШТУРИЧ И.П.***, РЯЩИКОВ А.А.*

УЗ «Витебская областная клиническая больница»*,
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»**,
кафедра госпитальной хирургии с курсами урологии и детской хирургии

Резюме. В статье описан случай лечения больного с опухолью тонкой кишки, осложненной кровотечением. Показана сложность диагностики данного заболевания, определена тактика и метод лечения (лапароскопическая резекция участка тонкой кишки с опухолью).

Ключевые слова: опухоль тонкой кишки, тонкая кишка, лапароскопическая хирургия.

Abstract. In this article the case of treating the patient with small intestine tumour complicated by bleeding is described. The difficulty of diagnosing the given disease is shown, tactics and treatment method (laparoscopic resection of small intestine site with tumour) are determined.

Злокачественные новообразования тонкой кишки встречаются довольно редко. Онкологическая патология этого отдела кишечника встречается с частотой 0,6-0,7 на 100 000 населения. На долю опухолей тонкой кишки приходится только 1-5% всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта. Заболеваемость в последние годы имеет тенденцию к росту [1, 2]. В 12-перстной и начальных отделах тонкой кишки чаще встречаются аденокарциномы, в подвздошной кишке - лимфомы и карциноид. В промышленно-развитых странах преобладают

злокачественные, а в развивающихся - доброкачественные новообразования тонкой кишки. Мужчины болеют чаще женщин, с возрастом число заболевших увеличивается. К факторам риска злокачественных заболеваний тонкой кишки относят вредные привычки и производственные вредности, болезнь Крона, семейный полипоз, язвенную болезнь, муковисцидоз, холецистэктомия. Своевременную диагностику этих опухолей затрудняет отсутствие у них характерных клинических проявлений. Первичные опухоли тонкой кишки характеризуются многообразием и неопределенностью симптомов, включающих в себя боли в животе, потерю в весе, анемию, кишечную непроходимость, а также кровотечение и перфорацию. Тонкая кишка остается относительно недоступной областью для применения стандартных диагностических эндос-

Адрес для корреспонденции: 210023, г. Витебск, пр-т Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии с курсами урологии и детской хирургии, тел. 8 (0212) 22-60-72 – Штурич И.П.

копических и рентгенологических методик. В результате этого дооперационная диагностика опухолей тонкой кишки является скорее исключением, чем правилом. Опухоль тонкой кишки можно заподозрить у всех пациентов с длительно существующими неопределенными абдоминальными жалобами. Тем не менее, хорошие результаты здесь может дать ультразвукографическое исследование, позволяющее иногда выявить само новообразование или его косвенные признаки. Более информативна спиральная компьютерная томография с одновременным введением в тощую кишку большого количества воды через назоинтестинальный зонд, проведенный за дуоденоюнальный изгиб, а также магниторезонансная томография [2-6]. Применяемые современные методы эндоскопического исследования с помощью видеокапсулы и двухбаллонная тотальная интестиноскопия не всегда позволяют получить материал для морфологического исследования пораженной части тонкой кишки [7, 8]. Единственным шансом излечения пациентов с первичным раком тонкой кишки является операция на ранних стадиях заболевания. К сожалению, на момент ее выполнения в большинстве наблюдений уже имеются развившиеся осложнения. При этом выполнение радикальной операции возможно только у 51-53,3% больных. Пятилетняя выживаемость составляет 20,8-52% [3, 9].

Под наблюдением находился пациент М., 1953 года рождения, который поступил в клинику 13.04.20011 с жалобами на периодическую слабость, черный стул. Первый эпизод кишечного кровотечения около 8 лет назад. За последние 4 года 6 раз лечился стационарно по поводу кишечного кровотечения, при этом источник кровотечения выявлен не был. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожный покров бледно-розовый. Пульс ритмичный, частота 76 ударов в минуту, артериальное давление 150/100 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, частота 18 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, активно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. При пальцевом исследовании прямой кишки – хронический наружный ге-

моррой 2 стадии, на перчатке кал коричневого цвета. В анализах крови: гемоглобин 103 г/л, эритроциты 3,96х10¹²/л, лейкоциты 4,43х10⁹/л, СОЭ 18 мм/час. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и почек – диффузные изменения печени, киста правой доли 7 мм в диаметре, диффузные изменения поджелудочной железы, неполное удвоение чашечно-лоханочной системы левой почки, киста левой почки в средней трети 8 мм в диаметре. При эзофагогастродуоденоскопии видимой патологии не выявлено. Выполнена фиброколоноскопия: осмотрена вся толстая кишка – без патологии. Применена двухбаллонная видеогастроэнтэроскопия, биопсия (рис. 1): примерно на 2,5 метрах в тонкой кишке выявлено полиповидное образование на широком основании 3,0х2,5 см с втяжением в центре. Слизистая оболочка над образованием не изменена, при биопсии смещается. Гистологическое заключение – хронический энтерит (субатрофический) с умеренно выраженными воспалением и активностью (биоптаты взяты в пределах слизистой оболочки тонкой кишки). Учитывая наличие у пациента опухоли тонкой кишки с рецидивами кровотечения, выставлены показания к оперативному лечению. 22.04.2011 пациент оперирован. Под эндотрахеальным наркозом создан карбоксиперитонеум, в брюшную полость введены троакары с оптикой и инструментами. При ревизии тонкой кишки примерно в 2,5 метрах от связки Трейца ближе к ее брыжеечному краю обнаружено плотное опухолевидное образование около 3 см в диаметре. Лимфоузлы в брыжейке тонкой кишки не увеличены. Печень без видимых изменений. Произведена резекция участка тонкой кишки (25 см) с опухолью с формированием межкишечного анастомоза аппаратом «ENDO GIA UNIVERSAL» с кассетой 60 мм (рис. 2, 3). Окно в брыжейке ушито. Препарат извлечен в контейнере. Швы на раны. Макропрепарат (рис. 4): участок резецированной кишки длиной 25 см с опухолью 3 см в диаметре, слизистая над опухолью не изменена. На разрезе опухоль бело-серого цвета с четкими контурами. Время операции – 1 час 50 минут. Гистологическое заключение – GIST (gastrointestinal stromal



Рис. 1. Двухбаллонная видеогастроэнтероскопия: в тонкой кишке полиповидное образование на широком основании 3,0х2,5 см.

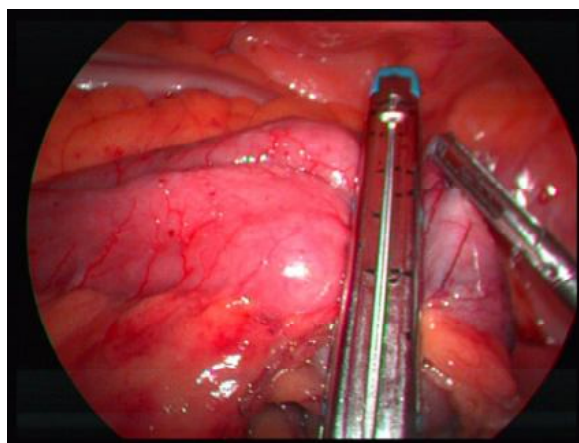


Рис. 2. Лапароскопическая операция – резекция участка тонкой кишки с опухолью.

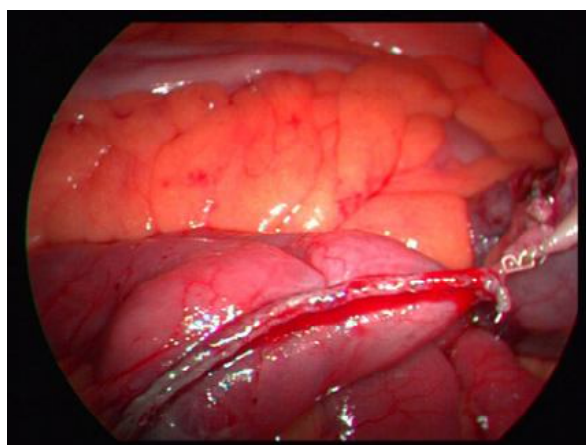


Рис. 3. Лапароскопическая операция – сформирован межкишечный анастомоз аппаратом «ENDO GIA UNIVERSAL» с кассетой 60 мм.



Рис. 4. Макропрепарат: участок резецированной кишки с опухолью.

tumors), Грейд I. Швы сняты на 7 сутки, и пациент в удовлетворительном состоянии выписан домой под наблюдение врача-онколога.

Представленный пример наглядно показывает субъективные и объективные трудности, возникающие при диагностике опухоли тонкой кишки. Тем не менее, комплексное применение всех диагностических методик позволяет правильно определить тактику лечения пациентов. Примененная лапароскопическая резекция тонкой кишки с опухолью имеет ряд преимуществ перед традиционной открытой

операцией: малая травматичность и короткие сроки пребывания пациента в стационаре, быстрое восстановление после операции, отсутствие болезненных ощущений, отсутствие больших послеоперационных рубцов, которые наблюдаются при операциях с разрезом, и, следовательно, малый риск грыжеобразования в послеоперационном периоде.

Высокая квалификация хирурга позволяет выполнить малоинвазивные вмешательства по времени не уступая традиционным способам.

Литература

1. Куликов, В.В. Опухоли тонкой кишки / В.В. Куликов, А.В. Гржимоловский. – Хирургия. – 2008. – № 5. – С. 65.
2. Никулин, М.П. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST). Эпидемиология, диагностика, современные подходы в лечении / М.П. Никулин, И.С. Стилиди. – Материалы выездной школы 16-18.10.2006 «Актуальные проблемы диагностики и лечения стромальных опухолей ЖКТ (GIST) / Современная онкология (экстравыпуск). – 2007. – С. 3 – 49.
3. Диагностика и лечение новообразований тонкой кишки / В.П. Сажин [и др.] / Pacific Medical Journal. – 2005. – № 4. – Р. 67-69.
4. The accuracy of CT staging of small bowel carcinoma. CT/pathologic correlation / J.A. Buckley [et al.] / Journal Comput Assist Tomogr. – 1997. – № 21. – Р. 986—991.
5. Gastrointestinal mesenchymal tumors – immunophenotypic classification and survival analysis / P. Rudolph [et al.] / Virchows Arch. – 2002. – № 441. – Р. 238 – 248.
6. Gastrointestinal stromal tumors: radiologic features with pathologic correlation / A.D. Levy [et al.] / RadioGraphics. – 2003. – № 23. – Р. 283 – 304.
7. Савчук, Б.Д. О новообразованиях тонкой кишки / Б.Д. Савчук, С.И. Лосев, М.Н. Чуприкова. – Хирургия. – 1970. – № 10. – С. 54 - 60.
8. Efficacy and safety of imatinib mesylate in advanced gastrointestinal stromal tumors / Demetri G.D. [et al.] / N Engl J Med. – 2002. – № 15. – Р. 472 - 480.
9. Лейомиома тощей кишки, осложненная кровотечением / В.З. Маховский [и др.] / Хирургия. – 2010. – № 4. – С. 58-59.

Поступила 25.05.2011 г.
Принята в печать 03.06.2011 г.